

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

202

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

SCHALIT Resche

Né le 28 Février 1896, à ZLOCZOW (Pologne)

Les manifestations péritonéales du rhumatisme articulaire aigu

Président de Thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553029_0022

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

SCHALIT Resche

Né le 28 Février 1896, à ZŁOCZÓW (Pologne)

Les manifestations péritonéales du rhumatisme articulaire aigu

Président de Thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
N...	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY - RADOT	
(Pasteur)...	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
RETTERRER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

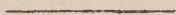
MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique obstétricale.
LIGNEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS,



A MON FRÈRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT,

*Professeur de clinique des maladies des enfants,
Médecin de l'hôpital des Enfants Malades,
Membres de l'Académie de Médecine.*

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
notre thèse, hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LIÈGE,

Chef de Clinique de la Faculté de Médecine.

*Qui a été l'inspirateur de ce travail
et qui a bien voulu nous aider de ses
précieux conseils, en témoignage de
notre respectueuse reconnaissance et
de nos plus sincères remerciements.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



A MON JURY DE THÈSE

INTRODUCTION

C'est une notion classique que le rhumatisme articulaire aigu, qui frappe avec prédilection les séreuses, respecte cependant la séreuse péritonéale.

« Le péritoine, — disait Lasègue, — est un gros insouciant à l'égard du rhumatisme. »

Or, cette notion paraît discutable. Des observations de plus en plus nombreuses démontrent que le péritoine peut être également touché au cours de la maladie de Bouillaud. L'atteinte péritonéale est certainement rare, mais elle peut néanmoins exister et il importe de ne pas la méconnaître, sous peine de commettre une erreur diagnostique.

Quand la réaction péritonéale de la maladie rhumatismale se manifeste au cours d'une poussée articulaire, la nature rhumatismale est relativement aisée à établir. Par contre, quand les syndromes péritonéaux occupent le premier plan du tableau clinique ou constituent le début de la maladie, ils risquent de ne pas être rapportés à leur véritable cause rhumatismale. Le diagnostic devient alors très malaisé et souvent, dans l'ignorance où l'on est de la nature rhumatismale de

la maladie, on est conduit à une intervention chirurgicale.

Nous avons observé dans le service de notre maître, Monsieur le Professeur Nobécourt, une petite fille qui avait d'abord été admise en chirurgie avec le diagnostic porté en ville d'appendicite et c'est grâce à une observation attentive de la petite malade qu'on a déferé l'intervention.

Une température élevée, l'apparition de douleurs articulaires et la modification des bruits du cœur ont permis en ce cas de réformer le diagnostic et d'en reconnaître la nature rhumatismale.

C'est cette observation qui nous a incité à étudier les manifestations péritonéales de la maladie rhumatismale qui font l'objet de ce travail.

HISTORIQUE

Les manifestations digestives de la maladie de Bouillaud sont connues de longue date. Les dénominations anciennes de « péritonite rhumatismale et de dysenterie rhumatismale » englobaient des affections digestives multiples et disparates.

BAILLOU (1560-1616) est le premier auteur qui, au chapitre « de rhumatisme » traite des manifestations digestives du rhumatisme articulaire aigu auquel il attribue un pronostic plus favorable lorsqu'apparaît « le flux diarrhéique, la chasse des humeurs nocives ».

HUXHAM décrit en 1730 des gastralgies accompagnées de vomissements et suivies de coliques et de diarrhée sérieuse au cours du rhumatisme articulaire aigu.

STOLL signale aussi la coexistence fréquente « des rhumatismes des membres et de la dysenterie » qu'il considère comme un « rhumatisme des intestins ». La dysenterie cessait tout à coup, disait-il, « du moment que les poignets et les genoux devenaient douloureux comme lorsque la fièvre rhumatismale se jette sur les membres ».

VILLENEUVE mentionne en 1820 l'opinion de Broussais sur la relative fréquence des troubles gastro-intestinaux au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Enfin, l'époque mémorable dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu est celle où BOUILLAUD donna sa description classique de cette maladie qui allait désormais porter son nom ; on connaît trop bien les lois énoncées par Bouillaud pour que nous ayons à y insister. Mais il est à remarquer que l'énoncé de ces lois concerne les seules complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu, cet auteur n'ayant en vue les accidents gastro-intestinaux que dans un très bref aperçu.

BESNIER, dans l'article « Rhumatisme », pour avoir exclu du cadre de cette maladie quelques observations de péritonite purulente qui y avaient été rattachées sans aucune preuve par divers auteurs, ne reconnaît pas moins une place aux complications péritonéales au cours de cette maladie. Il semble en effet difficile, dit cet auteur, de contester la réalité de la péritonite survenant au cours du rhumatisme articulaire aigu alors qu'on voit se développer les phénomènes caractéristiques de la plegmasie péritonéale, vive douleur abdominale, tympanite, vomissements verts porracés, altération de la face, algidité.

LAMBIN, dans sa thèse (1880), cite un cas de Grifouillère où le début fut marqué par de la fièvre, des coliques et des vomissements. Puis, alors que ces symptômes persistaient, on notait une constipation opiniâtre et un ballonnement abdominal marqué, au

point qu'on disputa le diagnostic d'obstruction mécanique et de péritonite partielle. Ce n'est qu'au treizième jour de la maladie qu'apparurent les douleurs articulaires qui devaient orienter vers le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu.

CHAUFFARD en cite une autre observation.

Mais c'est à GRENET que revient le mérite d'avoir nettement isolé les formes cliniques extra-articulaires de la maladie rhumatismale, d'avoir insisté sur la fréquence des troubles digestifs et d'avoir attiré le premier l'attention sur la réaction péritonéale qui n'est, d'après lui, nullement exceptionnelle.

Son élève, DORY, dans sa Thèse (1925) « Rhumatisme articulaire aigu et appareil digestif » y insiste également.

Depuis, les publications des manifestations péritonéales deviennent de plus en plus fréquentes.

De nombreux chirurgiens sont intervenus pour ce syndrome péritonéal, pensant avant tout à la péritonite appendiculaire :

• WORMS, en 1923 et 1926, pour deux soldats.

PILOD et MEERSMANN, en 1928 ; BERNARD, en 1928, pour deux autres soldats.

COSTEODAT, en 1928, pour une jeune fille.

AUVRAY, en 1930, pour un garçon de 13 ans et demi.

LESNÉ et LAUNAY rapportent encore un cas de réaction péritonéale chez l'enfant.

D'autres observations ont encore paru : celles de SKLADOWSKY (*Annales de Médecine*), de FÈVRE, de KUT-

TNER (*Beitrag Z. Klin. Ch.*), de TRICOT (*Gazette des Hôpitaux*, 1908), de BEZANÇON et ses collaborateurs.

Enfin, celle, récente, du Professeur NOBÉCOURT.

Parmi les observations que nous avons étudiées, nous n'en rapporterons que quinze, le syndrome péritonéal étant des plus nets et la nature rhumatismale de l'affection ne prêtant pas à discussion par la présence de cardiopathies et d'arthropaties typiques.

OBSERVATION I

(Personnelle. Hôpital des Enfants Malades, salle Parrot).

Une petite fille de 8 ans entre le 13 janvier à l'Hôpital des Enfants Malades dans le service du Professeur OMBREDANNE pour appendicite diagnostiquée en ville.

Bien portante jusqu'alors, cette enfant avait été ramenée de classe chez elle, le 9, avec une violente céphalée et une température à 39°. Deux jours après, l'enfant se plaint de violentes douleurs diffuses dans tout l'abdomen, mais plus marquées du côté gauche. Elle accusait en outre une légère otalgie. A noter que l'histoire actuelle a été précédée de quelques douleurs aux chevilles, une dizaine de jours auparavant. A l'examen pratiqué en chirurgie, on avait observé un abdomen douloureux à la pression, sans aucune localisation précise; une contraction de la partie inférieure de l'abdomen. Au toucher rectal, on réveillait une douleur dans le cul-de-sac de Douglas. Le pouls était à 90-100 en rapport avec la température qui oscillait entre 38 et 39°. On ne notait pas de vomissements, mais une constipation opiniâtre.

Le diagnostic d'appendicite ne se trouvait aucunement vérifié, cependant on était nettement en présence d'un syndrome abdominal et on était amené à penser à la possibilité d'une péritonite. On appliqua de la glace

sur le ventre de la petite malade. Trois jours après, alors que les symptômes abdominaux rétrocédaient, l'enfant accusait l'apparition de violentes douleurs aux chevilles. Elle fut alors envoyée dans le service de médecine, salle Parrot, le 16 janvier. On se trouvait en présence d'une enfant de 19 kg. 600, pâle, paraissant amaigrie et fatiguée, se plaignant de douleurs au niveau des chevilles.

A l'examen, on notait une température de 38°, le pouls à 75. Les articulations tibio-tarsiennes étaient douloureuses, surtout celle du côté droit, sans rougeur ni gonflement des téguments périarticulaires. On ne notait aucun point douloureux osseux. Les autres articulations n'étaient pas douloureuses. On constatait une hyperesthésie des téguments thoracique et abdominal. La fosse iliaque droite était souple et non douloureuse. Mais, à la palpation profonde de la fosse iliaque gauche, on réveillait une légère douleur et de la défense musculaire.

La langue était saburrale. Le foie et la rate semblaient normaux.

Aux poumons, on ne notait rien de particulier.

Il n'existait aucun signe méningé.

A l'auscultation *du cœur*, on notait : un assourdissement des bruits, marqué surtout à la pointe; à la base, on percevait de façon inconstante un bruit mésodiastolique qui paraissait être un frottement péricardique et qui présentait son maximum à la partie interne du troisième espace intercostal gauche. Le cœur ne paraissait pas dilaté. La tension artérielle était de 6 1/2-12 à l'appareil de Vaquez.

La présence d'arthropathies et des manifestations cardiaques faisait penser à la possibilité de rhumatisme articulaire aigu, et on soumit l'enfant au salicylate de soude et on appliquait de la glace sur la région précordiale.

L'hémoculture faite le 14 janvier en chirurgie restait négative. Le 18 janvier, pour la première fois, on entendait un souffle systolique perceptible sur toute l'étendue de l'aire précordiale, mais ayant son maximum à la pointe. Le frottement perçu le 16 janvier était atténué. Le pouls était à 100, la température à 38°9. Les chevilles n'étaient plus douloureuses.

Le 20 janvier, le souffle était holosystolique et piaulant, siégeant à la pointe au-dessous du mamelon. On l'entendait faiblement à l'aisselle, il ne se modifiait pas dans la position assise. On percevait en outre un petit souffle systolique au foyer aortique et un retentissement du 2^e bruit au foyer pulmonaire. On ne percevait plus de frottement. La tension artérielle était à 5 1/2-10; le pouls à 120 alors que la température était à 37°9. Les urines contenaient 1 gr. d'albumine, de leucocystes et de cylindres. A l'examen du sang, on trouvait une anémie avec 70 % d'hémoglobine :

2.860.000 de globules rouges,
14.480 de globules blancs.

La valeur globulaire était de 1.20. La formule leucocytaire, normale. Il n'existait ni poikilocytose ni anisocytose, ni polychromatophilie.

Le 22 janvier, la température est à 37°4, le pouls à 115. A l'examen du cœur, la distance de l'angle cardio-hépatique à la pointe est à 11 cm., le bord droit déborde le sternum de 1 cm. 1/2. A la pointe, on perçoit le même souffle systolique intense; à la base, un assourdissement du 2^e bruit aortique et un souffle systolique siégeant au foyer aortique, se propageant sous la clavicule et dont la tonalité basse le distingue nettement de celui de la pointe.

Le 24 janvier, la température est à 37°, le pouls à 110. Le souffle de la pointe est maintenant étalé. Les bruits

sont assourdis aux foyers pulmonaire et aortique. On n'entend plus le souffle systolique au foyer aortique. Le choc de la pointe est un peu dévié en dehors de la ligne mamelonnaire.

En raison de ces signes cardiaques et de l'anémie, on ajouta au salicylate de la digitaline et de l'hépatrol.

Le 26 janvier, mêmes signes à l'examen du cœur; le pouls s'est ralenti à 87, il est régulier; la température est à 37° 4. Les urines ne contiennent plus d'albumine.

Depuis cette date, tous les symptômes rétrocedèrent progressivement, mais le souffle systolique de la pointe persista, signe indélébile d'endocardite rhumatismale.

Il s'agit donc indiscutablement de la maladie de Bouillaud révélée par des arthropathies et surtout par l'apparition d'un frottement péricardique et des souffles d'endocardite.

Son début s'est fait cependant par des signes péritonéaux, propres à égarer le diagnostic.

Ces réactions péritonéales au cours du rhumatisme articulaire aigu ont été observées par d'autres auteurs.

Nous en citerons d'abord d'autres cas, survenant chez l'enfant.

OBSERVATION II

(LESNÉ et LAUNAY. *Société de Pédiatrie*, 1930).

C... Simon (8 ans et demi) est pris brusquement, le 21 juin 1929, de douleurs abdominales, de céphalée, de vomissements, et est amené dans la soirée à Trousseau, où il est reçu dans le service de chirurgie avec le diagnostic de péritanite.

Pendant trois jours, la douleur abdominale persiste. Elle est diffuse, ne s'accompagne d'aucune contracture. A la palpation le ventre est un peu sensible, mais il

n'existe aucun point douloureux net. La fièvre est élevée, reste en plateau à 40°. Deux symptômes orientent le diagnostic : c'est un herpès labial net et l'apparition d'une diarrhée verdâtre, 3-4 selles par jour. On conclut à la péritonite à pneumocoques; pas d'intervention chirurgicale.

Cependant, au 3^e jour, le 24 juin, un nouveau symptôme apparaît : de très vives douleurs aux deux genoux en même temps qu'une tuméfaction de ces deux articulations. La douleur abdominale est beaucoup moins vive. Il n'y a plus de diarrhée; le 25, le malade est transporté en médecine.

Examen : enfant agité un peu délirant. Fièvre à 39°; pouls rapide : 140 en rapport avec la température. Se plaint d'un endolorissement abdominal diffus.

Articulations : se plaint surtout de ses deux genoux et de ses deux chevilles; ne peut supporter le poids des couvertures. Le genou droit est tuméfié en légère flexion. La peau est rouge; en palpant, on perçoit, outre l'empâtement périarticulaire, la fluctuation d'une hydarthrose relativement abondante. Le genou gauche est moins douloureux et également le siège d'une hydarthrose. Aux deux tibio-tarsiennes, œdème périarticulaire avec distension veineuse, douleur spontanée et à la palpation.

Appareil digestif : langue très saburrale, foie normal, rate un peu grosse. La diarrhée a reparu sous forme de deux selles liquides quotidiennes.

L'examen du cœur et des poumons n'apprend rien. L'hémoculture est négative.

On administre 6 gr. de salicylate de soude en même temps que du sérum glucosé intra-rectal.

Le lendemain matin (26) état général meilleur. Agitation moindre, température 38°5, pouls 90. Les articulations sont à peine douloureuses. On constate encore l'hydarthrose bilatérale. Le soir, la température est à

38°2. Les jours suivants, la température reste constamment inférieure à 38°; en même temps les arthrites rétrocedent à peu près complètement. Mais il apparaît, le 28, un *frottement péricardique* très net qui va se prolonger durant trois semaines environ.

Le 9 août, le malade sort de l'hôpital entièrement guéri. Il y rentre le 21 août, douze jours après, pour atteinte caractéristique de rhumatisme articulaire aigu avec fièvre à 40°, arthrite des deux genoux et des deux tibio-tarsiennes. Le salicylate fait tomber la température et rétrocéder les arthrites en quelques jours.

OBSERVATION III (Résumé)

AUVRAY (Société de Chirurgie, 1930).

H..., âgé de 13 ans et demi, présente au cours de l'hiver 1927 plusieurs angines. Entre le 12 et le 16 avril, la température oscille entre 38°2 le matin et 38°9 le soir. Le 17 avril, la température est à 38°4 le matin et 39°5 le soir. Pour la première fois, l'enfant a souffert ce jour-là dans le ventre. Le 17, dans la soirée, la douleur abdominale est assez vive, généralisée; cependant l'enfant accuse une douleur plus marquée à droite. On ne trouve rien de nettement caractérisé au point de vue appendicite. Le palper révèle peu de chose dans la fosse iliaque droite. On décide de différer l'opération et de revoir l'enfant le lendemain matin. Le 18, l'enfant souffre toujours dans l'abdomen, plus à droite. Le diagnostic est toujours incertain.

Le 19, devant une situation qui est toujours à peu près la même, on décide l'intervention.

L'incision faite dans la fosse iliaque droite conduit sur un appendice libre, en apparence sain, qu'on enlève. A l'ouverture du ventre, il s'est écoulé une petite quantité de liquide séreux. La paroi est fermée sans drainage.

De la glace est appliquée à la suite de l'opération sur l'abdomen. Une hémoculture est faite; l'appendice est envoyé au laboratoire. Toutes les recherches étaient négatives.

Le lendemain de l'opération, le 20 avril, la température était de 39°1 le matin et de 39°7 le soir. Ce jour-là apparaissait la première manifestation articulaire, la seule du reste, sous la forme d'une douleur localisée dans l'épaule gauche avec gonflement peu marqué de cette articulation. A l'auscultation du cœur, on est frappé par l'existence d'un souffle cardiaque, faible à ce moment-là. Le 21, le Professeur Marfan porte le diagnostic de péricardite d'origine rhumatismale. L'enfant est immédiatement soumis au traitement par le salicylate de soude et des applications de glace sur le cœur. Ce jour-là, la température est de 39°5 le matin et de 39° le soir; la douleur abdominale s'est atténuée. Les jours suivants, la température va en descendant, tandis qu'on poursuit le traitement salicylé.

Le 3 mai, la température remonte au delà de 38°. A ce moment, on trouve de l'endocardite associée à la péricardite. Le 7, apparaissent des accidents pulmonaires. A partir du 11 mai, la température se rapproche de la normale. Mais le cœur restera touché définitivement : l'enfant a gardé une *lésion de l'orifice mitral*.

OBSERVATION IV

GRENET et DELALANDE (Société de Pédiatrie, 1927).

Un enfant de 7 ans entre à l'hôpital Bretonneau le 27 janvier 1927. Depuis plusieurs années, il a une constipation habituelle et celle-ci est devenue beaucoup plus marquée depuis quelques jours; en même temps, l'enfant a accusé des douleurs abdominales violentes; pas de vomissements, pas de fièvre à ce moment. Il est envoyé

à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite probable.

Dans le service de chirurgie où il est reçu tout d'abord, on trouve une légère défense des grands droits, sans douleur dans la fosse iliaque; l'appendicite ne paraît guère vraisemblable et le malade est envoyé en médecine.

Il est très pâle, somnolent, fatigué, non amaigri. La température est de 38°5, le pouls bat à 100. Le ventre est gros, ballonné, non douloureux. Le foie et la rate paraissent normaux. Il n'existe ni rougeur pharyngée ni symptômes cardio-vasculaires. La respiration semble un peu soufflante au sommet droit. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

On ne relève en somme que trois symptômes : la fièvre à 38°5, la fatigue, la constipation avec météorisme. Deux purgations à l'huile de ricin restent à peu près sans effet.

Dans l'après-midi du 3 février, l'enfant accuse une douleur aiguë dans l'articulation de l'épaule gauche, qui l'immobilise presque complètement. La température monte le soir à 39°5. On institue le traitement salicylé. La douleur articulaire cède en deux jours; la température baisse progressivement pour atteindre la normale à partir du 8 février. Le ballonnement du ventre et la constipation disparaissent dès le début du traitement.

OBSERVATION V (Résumé).

BEZANÇON et M. P. WEIL (*Annales de Médecine*, 1926).

Verm., âgée de 26 ans, entre dans le service le 12 janvier 1925 sans antécédents autres que des crises convulsives à 1 an, une crise d'appendicite à 6 ans et demi, une amygdalectomie vers cette époque et une grippe légère en 1920. Elle est admise dans le service de chirurgie de l'hôpital Boucicaut pour une douleur abdominale

droite survenue insidieusement depuis quatre jours et qui est considérée comme de nature appendiculaire. La douleur est vive mais ne s'accompagne pas de vomissements. Le lendemain de l'admission elle a disparu, mais un œdème léger est survenu au niveau des pieds. La malade est passée alors en médecine.

La température est de 39°3. Le pied droit est gonflé, rouge, légèrement douloureux; il existe un point particulièrement sensible à la pression au niveau de la région rétro-malléolaire. Il n'y a aucune douleur autre, ni musculaire, ni articulaire. Mais on perçoit un léger assourdissement avec prolongation du premier temps à la pointe. Au cinquième jour d'hospitalisation, la température tombe, devenant rapidement normale, tandis que s'installe un *souffle systolique de la pointe*, qui sera définitif.

OBSERVATION VI (Thèse DORY, Paris, 1925).

M^{lle} Ev., ancienne rhumatisante, entre à l'hôpital Laënnec pour une nouvelle crise. Le premier accès survint à l'âge de 15 ans; il fut polyarticulaire et compliqué d'une atteinte cardiaque. La crise actuelle avait commencé le 26 novembre 1924 par des douleurs légères dans le pied gauche et une angine. Deux jours plus tard survinrent des vomissements verdâtres et abondants, accompagnés de douleurs abdominales légères. En même temps, des douleurs articulaires assez intenses prennent la tibio-tarsienne gauche, puis la hanche et le genou droit. Le jour de son arrivée, l'examen de l'abdomen décèle une douleur à la palpation profonde avec défense de la paroi. Il n'y avait ni diarrhée ni sueurs. Un vomissement verdâtre se produisait encore alors qu'elle fut hospitalisée. Le lendemain apparaît une angine diffuse

rouge foncée; le ventre redevient souple et non douloureux. Les vomissements ne se produisent plus. L'évolution se fait ensuite vers un rhumatisme spinal avec réaction méningée. Le traitement salicylé amène la sédation de tous ces signes. Seul, *l'endocard*e avait souffert. A l'entrée, il n'y avait qu'un souffle systolique mitral, puis un souffle diastolique aortique.

OBSERVATION VII

GREVET (*Presse Médicale*, 1915).

Un malade fit des accidents péritonéaux alors que la crise aiguë se terminait et à l'occasion d'une rechute légère. Il se plaignit d'une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite sans avoir de vomissements. Il y avait contracture musculaire de la fosse iliaque droite, douleur plus marquée à la pression de la région du point de Mac Burney. La fièvre était remontée avec l'apparition de ces signes, simulant une appendicite.

OBSERVATION VIII

GREVET (*Ibid.*).

Ce deuxième malade présenta des symptômes semblables, exactement au début de la crise arthralgique : même douleur, même contracture à droite. La pression réveillait une douleur plus vive dans les parages du point de Mac Burney. Il est à remarquer que la localisation au point de Mac Burney est beaucoup moins nette que dans l'appendicite. La douleur à la fois moins vive est plus diffuse. Ces deux malades ne furent pas mis à la diète et ils guérèrent néanmoins fort bien : le salicylate fit disparaître en même temps les anthropathies et la réaction péritonéale.

OBSERVATION IX

COSTEDOAT (*Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1929).

Une jeune fille de 20 ans fut prise brusquement le 18 août 1928 de vives douleurs, d'abord diffuses, dans tout l'abdomen, puis prédominant bientôt dans sa moitié droite, et dans l'étage supérieur plus particulièrement, ne s'accompagnant ni de diarrhée ni de vomissements; elles durèrent deux jours, puis s'atténuèrent. La température s'était élevée à 39°. Le 21, apparurent en même temps un point de côté à l'hémithorax gauche et une douleur à l'épaule du même côté; la fièvre, qui s'était apaisée, reprit, et la température atteignit pendant deux jours 39° et 40°. Les douleurs s'étendirent au bout d'une semaine de l'épaule aux autres articulations (épaule droite, coude, poignet, doigts, genoux), où elles demeurèrent subaiguës jusqu'au milieu d'octobre. Le chirurgien qui examina la malade le 18 octobre à son entrée à l'hôpital trouva : l'abdomen souple mais sensible à la palpation, surtout dans la région céco-appendiculaire. Il proposa de pratiquer une appendicectomie qui fut effectuée le 30. L'appendice était un peu long, congestionné, mais n'était ni gros, ni perforé, ni entouré d'adhérences. Les douleurs abdominales spontanées disparurent. La température, qui depuis le 18 octobre était restée normale, s'éleva progressivement à partir du 5 novembre pour atteindre 39° le 8; en même temps se réveillèrent des arthralgies à l'épaule et au genou gauche, et un point de côté thoracique. *Au cœur*, on constate un souffle proto-systolique de la pointe se prolongeant vers l'aisselle. Il n'existait aucune altération clinique ou radiologique des poumons. La sudation était exagérée. Le traitement salicylé fut aussitôt institué. Son action fut immédiate; la température s'abaisse rapidement et, le 13, redevint définitivement normale; les arthralgies s'ef-

facèrent. Mais, deux semaines plus tard, elles reparurent, atténuées, puis s'apaisèrent. Le souffle systolique avait disparu.

OBSERVATION X

WORMS (Société de Chirurgie, 1930).

En novembre 1923, un jeune soldat entra d'urgence au Val-de-Grâce avec tous les signes d'appendicite aiguë. Il avait été pris quelques heures auparavant, au décours d'une angine, pour la première fois et brusquement, de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite et de vomissements; le ventre était douloureux à la pression, très tendu. La douleur était surtout marquée dans la région appendiculaire. La température était de 39°, le pouls assez petit à 120. L'intervention paraissait s'imposer d'emblée. A l'incision faite sur le bord externe du droit, on vit s'évacuer un peu de *liquide citrin* ressemblant à de l'ascite, mais sans qu'il existât de granulations sur l'intestin ou le péritoine pariétal. La séreuse était seulement injectée, mais sans adhérences, ni anciennes ni récentes. L'appendice déclive, mais libre, d'apparence saine, ne présentant à sa surface aucune trace d'inflammation, fut excisé et la plaie fermée sans drainage.

L'examen histologique de cet appendice pratiqué ultérieurement montra qu'il ne présentait aucune lésion inflammatoire.

Les symptômes locaux cédèrent rapidement. Douleur, tension abdominale disparurent; le malade éprouva de ce côté un grand soulagement, mais la fièvre continuait d'osciller aux environs de 39° quand le malade se plaignit de douleurs aux épaules, aux coudes, qu'il imposèrent le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. Sous l'influence de l'administration journalière du salicylate de soude, tous les troubles disparurent en quelques jours.

OBSERVATION XI (*Ibid.*)

Il s'agissait encore d'un soldat entré d'urgence au Val-de-Grâce (mars 1925) pour des accidents abdominaux. La crise avait débuté brusquement le matin par des douleurs vives localisées dans la région sus-ombilicale, et par des vomissements.

Le ventre était ballonné et sensible sur toute sa surface, mais surtout au niveau du creux épigastrique. Le palper, d'ailleurs fort malaisé à cause de la douleur, révélait une contracture nette. L'auscultation thoracique, et en particulier celle des bases pulmonaires, s'était montrée négative. La température était de 38°5, le pouls petit à 108.

On ne trouvait rien de notable dans l'histoire antérieure du malade, sauf de fréquentes amygdalites suivies de poussées articulaires, de nature rhumatismale. Dans le mois qui avait précédé le syndrome péritonéal actuel, le malade, à deux reprises différentes, avait souffert assez violemment des genoux et des chevilles.

À l'intervention, en explorant estomac, vésicule, duodenum, on ne trouva rien d'anormal, mais *un état congestif du péritoine* sans pouvoir en découvrir la cause. On referma la plaie opératoire.

Les accidents aigus disparurent quand, trois jours après, survinrent une arthrite du cou-de-pied et de l'épaule droite, un *souffle mitral* et une ascension nouvelle de la température qui signèrent la nature rhumatismale de la maladie. Tout céda en quelques jours à la médication salicylée.

OBSERVATION XII

WORMS (Société de Chirurgie, 1930).

Il y a trois semaines, était évacué sur mon service un malade qui venait d'être opéré par mon collègue

Bonnet dans les conditions suivantes : B... (Pierre), 2^e classe, 182^e R. A. L. A souffert maintes fois de douleurs lombaires et d'arthralgies fugaces; rhumes fréquents avec laryngite.

En janvier 1930, hospitalisé pour « angine phlegmonieuse ». A sa sortie de l'hôpital, ressent quelques douleurs au niveau des genoux qui s'intensifient le lendemain mais ne s'accompagnent pas de fluxions articulaires.

Le 5 février, se trouvant en convalescence dans sa famille, les arthralgies persistent encore très vives, quand brusquement le malade est pris d'une douleur en coup de pistolet au niveau du flanc droit. Intolérance gastrique absolue, vomissements alimentaires, puis bilieux, céphalée intense, abattement, délire, tendance à la constipation.

Le 9 février 1930, hospitalisé d'urgence au Val-de-Grâce.

A l'entrée, *syndrome péritonéal aigu, persistance des vomissements, ventre de bois sus-ombilical*. Température 40°4; pouls 120.

Intervention le 9 février 1930. Anesthésie au balsoforme. Incision médiane sus-ombilicale. - Exploration attentive de l'abdomen : absence de péritonite. Péritoine sensiblement normal, face antérieure de l'estomac et vésicule normales.

Par décollement colo-épiploïque, on vérifie la face postérieure de l'estomac et l'arrière cavité des épiploons : rien. Gros intestin, grêle et région appendiculaire normaux. Fermeture en un plan au fil de bronze.

Le 10 février 1930 : détente des symptômes abdominaux, les vomissements ont cessé. Température 39°.

Douleurs articulaires aux genoux et aux cous-de-pied.

Cœur : bruits normaux et réguliers; pouls 90; tension artérielle 12/7 au Vaquez.

Poumons normaux.

Présence d'albumine dans les urines et d'urée dans le sang.

Administration journalière de salicylate de soude (6 gr.).

Cinq jours après, disparition des douleurs, chute de la température, plus d'albumine dans les urines, urée sanguine normale (0.30 gr.).

OBSERVATION XIII

PILOD et MEERSMAN (Soc. de Médecine Militaire, 1928).

Le 6 mars 1928, ce malade entre à l'hôpital de Rouen pour angine aiguë. Il y reste quatorze jours, puis est envoyé en permission de convalescence.

Le 24 mars, il présente brusquement une fièvre élevée (39°), de la courbature avec douleurs fugaces dans les articulations des membres supérieurs et inférieurs, une sensation de constriction dans la région précordiale et surtout une douleur abdominale très vive, prédominant dans la fosse iliaque droite sans vomissements ni constipation. Les arthralgies disparaissent. La douleur abdominale semble se localiser électivement au point de Mac Burney et le malade est dirigé le 29 mars sur un service de chirurgie.

L'intensité de la douleur et la défense péritonéale généralisée décident le chirurgien à intervenir aussitôt. On trouve un appendice turgescent avec une légère *congestion péritonéale*. Appendicectomie, suture sans drainage.

La fièvre persiste après l'opération. Les douleurs articulaires reparaissent et s'accroissent rapidement. Le malade est évacué le 5 avril sur le deuxième fiévreux. A l'entrée, température 39°, pouls à 100.

Vives douleurs dans les articulations des membres

supérieurs, moins marquées au niveau des genoux et des cous-de-pieds; rougeur, sans gonflement. Sensation de constriction thoracique rendant la respiration pénible. Sueurs abondantes; facies pâle et angoissé. L'examen de l'appareil cardio-vasculaire révèle l'existence d'une *péricardite* sèche se traduisant par des frottements systoliques dont le maximum siège au niveau de la partie interne du troisième espace intercostal gauche. La tension artérielle est de 13.5-6 au Pachon Gallavardin. L'examen pleuro-pulmonaire ne décelait à l'entrée que quelques frottements pleuraux à la base droite. Mais le 14 avril, en même temps que la température, qui s'était abaissée, remontait à 39°, on constatait l'existence à cette même base droite de signes de cortico-pleurite avec épanchement de faible volume. Ce petit épanchement s'est résorbé en quatre jours; les manifestations abdominales avaient totalement disparu.

Sous l'influence du traitement salicylé, tous ces phénomènes, abstraction faite de l'insuffisance aortique, ont progressivement disparu.

OBSERVATION XIV (Résumé)

TRICOT (*Gazette des Hôpitaux*, 1908).

A la suite d'une marche forcée. H... est atteint de courbatures s'accompagnant de douleurs assez vives dans les membres. Les jours suivants, cet état s'aggrave; un peu de fièvre apparaît. On le fait entrer dans un service de médecine, le 28 janvier, avec le diagnostic d'« embarras gastrique fébrile ». Le malade se plaint de courbatures, de céphalalgie et surtout de douleurs abdominales particulièrement localisées dans la moitié droite de l'abdomen et au creux épigastrique.

La palpation décèle une sensibilité diffuse de tout l'abdomen, plus marquée dans l'hypocondre droit et à

l'épigastre. Il existe un peu de météorisme abdominal. Pas de diarrhée; le foie, la rate, le poumon, le cœur ne présentent aucune particularité. La température est de 37°7 le matin et 38°6 le soir. Les jours suivants, les symptômes abdominaux ne changent pas. Les urines sont rares, troubles, rougeâtres et renferment 7 gr. d'albumine. Le diagnostic porté est celui d'une néphrite aiguë.

Le 2 février, le malade présente une température aux environs de 38°, une insomnie et agitation extrêmes; les douleurs abdominales, particulièrement dans le flanc droit, sont devenues intolérables. Elles sont exaspérées par la pression, mais sans localisation précise.

Le 3 et le 4 février, la température oscille autour de 38°, le pouls autour de 110. Les douleurs abdominales sont devenues tellement vives que le malade ne supporte même pas le poids des couvertures. La région appendiculaire est particulièrement douloureuse; mais la palpation de la fosse iliaque ne révèle rien; le toucher rectal reste négatif.

Le matin du 5 février, le malade présente un vomissement alimentaire, puis bilieux.

Devant ces symptômes manifestement péritonéaux, on décide de tenter une laparatomie exploratrice, qui est pratiquée le 5 février.

En sectionnant le péritoine, on constate que la grande cavité péritonéale contient une *petite quantité de sérosité claire*. Le péritoine est nettement injecté, l'appendice et le cœcum sont libres et d'apparence normale. On pratique cependant l'appendicectomie. Une exploration de la cavité abdominale ne révèle absolument rien. Le ventre est refermé sans drainage. L'intervention fut suivie d'une remarquable sédation des symptômes douloureux, mais ni la marche de la température ni celle du pouls ne furent sensiblement modifiées.

Les 6, 7 et 8 février, la température oscille entre 38°

et 39°. Les douleurs abdominales ont beaucoup diminué, les vomissements ont cessé.

Le 9 février, le malade se plaint de douleurs articulaires dans les deux épaules. On pense au rhumatisme aigu intercurrent et l'on prescrit 4 gr. de salicylate de soude par jour. Le lendemain, le coude droit est un peu douloureux, le poignet du même côté est douloureux et gonflé.

Le 12 février, les douleurs articulaires ont beaucoup diminué. Le ventre est redevenu souple. Le malade présentant une intolérance au salicylate, on le supprime, mais, deux jours après, la température remonte à 38°, les douleurs articulaires reparaissent. Le péritoine semble participer à cette crise car l'abdomen devient douloureusement sensible. On note à l'auscultation du cœur un très léger souffle systolique à la pointe. Le salicylate de soude est repris à la dose de 4 gr. par jour.

Les jours suivants : régression progressive des symptômes. Les douleurs articulaires et abdominales diminuent. La température revient à la normale. Le pouls redescend à 70. L'albuminurie disparaît complètement.

OBSERVATION XV

CHAUFFARD (*Archives générales de Médecine*, juin 1863).

Après trois ou quatre jours de maladie caractérisée par des vomissements bilieux suivis d'une abondante diarrhée, un jeune homme de 17 ans, de constitution médiocre, entre, un dimanche d'octobre 1861, à l'hôpital de la Pitié.

Lundi matin, le facies du malade est profondément altéré, pâle et exprime les souffrances abdominales; la peau est chaude; le pouls, faible et précipité, bat à 120 pulsations; la parole coûte des efforts; le malade répond très brièvement ou se tait pour ne pas réveiller

de pénibles douleurs dans le flanc droit; la diarrhée persiste; la palpation du ventre est douloureuse, surtout au niveau et au-dessous des fausses côtes du côté droit; le foie, notablement augmenté de volume, dépasse de deux travers de doigt les côtes inférieures; rien de notable vers les organes de la respiration.

Quinze sangsues sont placées sur la région douloureuse de l'abdomen; les piqûres enfluent abondamment. Cette médication antiphlogogiste amène dès le lendemain une amélioration manifeste : la douleur est presque éteinte; le volume du foie a déjà baissé; la diarrhée a beaucoup diminué; néanmoins, fait essentiel à noter, la fièvre persiste entière.

Le lendemain, mercredi, nous nous trouvons en face d'un tout autre ordre de phénomènes : le jeune malade se plaint de douleurs, survenues durant la nuit, dans les deux genoux, particulièrement dans le genou droit; on les trouve tuméfiés, douloureux, avec rougeur extérieure diffuse; épanchement léger dans la synoviale; la fièvre est plus intense; à l'auscultation, bruit du souffle rude au premier des bruits du cœur; la diarrhée a entièrement cessé, les douleurs abdominales ont absolument disparu.

Le jeudi, les mêmes phénomènes persistent; en plus, le rhumatisme a envahi les deux articulations tibio-tarsiennes. Des sueurs profuses, se déclarent et provoquent une éruption abondante de sudamina; les urines, rares jusqu'ici, coulent copieuses; sous cette influence, le pouls se calme, la chaleur fébrile s'éteint et, malgré une nouvelle manifestation rhumatismale vers les membres supérieurs, une franche convalescence s'établit au bout de peu de jours.

Nous pourrions citer encore d'autres observations de réactions péritonéales au cours du rhumatisme arti-

culaire aigu (Grenet, Sklodowsky, Fèvre), mais leur nature rhumatismale peut être contestée, car des localisations cardiaques n'étaient pas notées, ou tout au moins les manifestations articulaires n'étaient pas assez évidentes.

ETUDE ANALYTIQUE

L'étude analytique de toutes ces observations démontre que l'atteinte péritonéale de la maladie de Bouillaud est tantôt généralisée tantôt, et plus fréquemment, localisée dans la région appendiculaire.

L'atteinte péritonéale au cours du rhumatisme articulaire aigu frappe avec prédilection les sujets jeunes et les enfants. Dans les quinze observations citées par nous, il s'agit de quatre enfants dont trois garçons âgés de 7, 8 ans et demi, 13 ans et demi, une fillette de 8 ans, et de onze adultes, soit de soldats de 20 ans, soit de jeunes gens entre 17 et 26 ans.

Nous l'avons notée plus souvent dans le sexe masculin (onze cas), que dans le féminin (4 cas).

Parfois, elle s'accompagne d'angine, de douleurs articulaires et de cardiopathie et est alors facilement rattachée à sa cause. Mais, le plus souvent, l'accident péritonéal ouvre la scène clinique et le diagnostic devient extrêmement malaisé : on pourrait être mis parfois sur la voie du diagnostic en tenant compte de petits signes différentiels difficiles à dépister d'ailleurs. La douleur abdominale est rarement d'une vio-

lence extrême, elle est plus diffuse. Elle siège souvent à la fosse iliaque droite mais rarement au point de Mac Burney. Elle est plus haut située que dans l'appendicite vraie. La contracture abdominale est moins intense ; ce n'est souvent qu'une légère défense musculaire ; elle peut même manquer totalement. Les vomissements sont peu fréquents. Nous les avons notés six fois sur quinze cas. De même, il n'y a presque jamais d'arrêt de matières et des gaz ; on pourrait noter seulement une légère tendance à la constipation qui peut être remplacée par la diarrhée. Ces manifestations péritonéales estompées du point de vue physique et fonctionnel s'accompagnent toujours de signes généraux bien marqués. La fièvre est élevée aux environs de 39 ou 40°, le pouls rapide à 100 ou 120 et, c'est devant cette discordance entre les signes physiques et fonctionnels d'une part, et les signes généraux d'autre part, qu'il faut savoir penser à la possibilité d'une réaction péritonéale d'origine rhumatismale.

Il faut donc explorer attentivement les articulations, chercher s'il existe une transpiration abondante, ausculter le cœur et examiner la gorge.

Nous insisterons sur la fréquence de l'angine, qui coïncide, six fois sur les quinze cas cités par nous, avec des manifestations péritonéales de la maladie de Bouillaud.

Les manifestations cardiaques coexistent très fréquemment. Nous les avons notées neuf fois sur quinze. Elles apparaissent assez précocement, trois à neuf jours

après le début de l'accident péritonéal. Ce sont elles qui signent la nature rhumatismale de l'affection.

Tantôt il s'agit d'une péricardite sèche d'apparition précoce et se voit plus particulièrement chez l'enfant (trois fois sur quatre), que chez l'adulte (une fois sur neuf) ; tantôt d'une endocardite qui frappe avec prédilection l'orifice mitral (huit cas sur neuf). Mais la péricardite peut parfaitement coexister avec l'atteinte d'endocarde et de myocarde (observation personnelle). La péricardite peut s'accompagner d'une lésion mitrale (observation III), ou aortique (observation XII). Les valvules mitrale et aortique peuvent être simultanément atteintes (observation VI).

Sous l'influence du salicylate de soude, ou même spontanément, tous les signes péritonéaux s'amendent au bout de deux ou trois jours. La réaction douloureuse de la séreuse péritonéale présente donc des caractères fluxionnaires bénins, comparables à la réaction de la séreuse synoviale des articulations.

Cependant, le tableau clinique peut être plus alarmant (Obs. XII) : le début brutal marqué par une intolérance gastrique absolue, contracture abdominale allant jusqu'au ventre de bois. Dans ce cas la douleur siègeant dans la fosse iliaque droite ou dans l'épigastre fait penser à une péritonite d'origine appendiculaire, gastrique, vésiculaire ou autre.

L'erreur de diagnostic est alors presque fatale. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas hésiter à intervenir étant donné la rareté des réactions péritonéales au cours du rhumatisme articulaire aigu, opposé à la

fréquence des troubles appendiculaires coexistant avec des lésions amygdaliennes, surtout chez les jeunes.

Il serait infiniment plus grave de laisser évoluer une péritonite authentique. Cette intervention, quoique peu désirable, est cependant parfaitement bien supportée par le malade. Dans les sept cas cités par nous, l'opération fut effectuée ; aucun cas ne fut suivi de mort. Tout au contraire, la laparatomie a mis fin à la crise aiguë, effaçant la douleur et la contracture.

Quant à la pathogénie de ces manifestations péritonéales il s'agit rarement d'une réaction abdominale consécutive à une atteinte pleuro-pulmonaire ; *deux fois sur quinze*, l'auscultation a pu seulement déceler une congestion de la base pulmonaire. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une véritable atteinte péritonéale et, à l'intervention chirurgicale (cinq fois sur sept opérations), on a pu constater un état congestif du péritoine et la présence d'un liquide séreux dans la cavité abdominale et même une infiltration du tissu cellulaire sous-péritonéal. L'appendice était le plus souvent sain.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des réactions péritonéales est relativement facile lorsqu'elles se manifestent au cours de la maladie rhumatismale typique, avec angine, arthropathis et atteinte cardiaque. Il devient au contraire très malaisé lorsqu'il s'agit d'une manifestation péritonéale d'un rhumatisme extra-articulaire ou lorsque les manifestations abdominales constituent le début clinique.

C'est cette dernière éventualité qui est la plus fréquente et qui suscite les problèmes diagnostiques des plus difficiles.

Il y a lieu de distinguer les réactions péritonéales de l'enfant et de l'adulte. Lorsqu'un enfant présente un syndrome pseudo-appendiculaire, le diagnostic devient très difficile avec une appendicite vraie. Nous avons énuméré les signes distinctifs de ce syndrome. Les douleurs abdominales seraient plus diffuses, ne siégeant pas exactement au point de Mac Burney, la

contracture serait plus légère, les vomissements plus rares.

Il s'agit chez l'enfant beaucoup plus souvent d'une réaction péritonéale diffuse sans localisation nette et on pensera avant tout à la *péritonite pneumococcique* qui débute également par des douleurs abdominales intenses accompagnées d'un état infectieux avec hyperthermie.

Comme dans la péritonite pneumococcique, on peut voir au début ou au cours du rhumatisme articulaire aigu un syndrome péritonéal avec diarrhée ou ballonnement du ventre.

La conséquence immédiate de ce diagnostic de péritonite pneumococcique est la temporisation. Et on a la surprise de voir, au cours de l'évolution de la maladie, les signes abdominaux s'émousser, les arthropathies et la cardiopathie s'installer. Enfin, le syndrome douloureux abdominal peut se voir à *l'invasion d'autres maladies infectieuses* et certains auteurs ont insisté sur ce fait, surtout ces dernières années : à la période d'invasion de la rougeole (Hutinel) ; à la période d'invasion de la scarlatine (Kaufmann) ; de la pneumonie et des pneumococcies (Nobécourt).

Les manifestations péritonéales de l'adulte, au cours du rhumatisme articulaire aigu simulent souvent une appendicite. Parfois, le diagnostic se pose avec une péritonite aiguë d'origine intestinale, gastrique ou vésiculaire. Mais, dans ce cas, on trouve un ventre de bois avec vomissements, l'arrêt de matières et de gaz, ce qui est exceptionnel au cours du rhumatisme

articulaire aigu. Chez la femme, l'affection peut simuler une atteinte péritonéale d'origine génitale.

Telles sont les causes principales d'erreur de diagnostic des manifestations péritonéales de la maladie de Bouillaud.

CONCLUSIONS

I. — Contrairement à l'opinion classique, l'atteinte de la séreuse péritonéale au cours de la maladie rhumatismale, tout en restant rare, est possible et a été observée maintes fois, surtout ces dernières années.

Elle se voit plus rarement chez l'enfant que chez l'adolescent et l'adulte.

II. — Du point de vue clinique, elle se caractérise par une éclosion brusque de douleurs abdominales chez des sujets jeunes en pleine santé, ou souffrant déjà de douleurs articulaires ou d'une angine.

Elle revêt deux formes cliniques : tantôt elle prend l'aspect d'un syndrome appendiculaire tantôt celui d'une péritonite diffuse.

Les signes physiques et les manifestations fonctionnelles sont peu marqués mais les signes généraux sont souvent accusés et sont accompagnés d'une forte réaction fébrile. Les signes locaux sont encore plus estompés chez l'enfant.

L'évolution des manifestations péritonéales au cours du rhumatisme articulaire aigu est de courte durée ; elles s'atténuent et disparaissent au bout de deux ou

trois jours sous l'influence du salicylate de soude ou spontanément. L'existence d'une atteinte cardiaque concomittante, confirme le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu.

III. — L'atteinte de la séreuse péritonéale par le virus rhumatismal est comparable à l'atteinte des autres séreuses. Les constatations opératoires démontrent qu'il s'agit d'une réaction congestive et exsudative du péritoine qui évolue rapidement vers la résolution sans aboutir à la suppuration.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — A propos des syndromes péritonéaux observés au cours ou au début du rhumatisme articulaire aigu (*Société Nationale de Chirurgie*, 9 avril 1930).
- BAILLOU. — Œuvres posthumes (*Opera Medic Omnia*, Paris, 1635).
- BESNIER. — Rhumatisme, 3^e série, t. IV (*Encyclopédie des Sciences Médicales, Dict. Dechambre*).
- BEZANÇON et M. P. WEIL. — Articles sur la maladie rhumatismale (*Annales de Médecine*, 7 février 1926).
- BOERHAAVE. — Aphorismi de cognoneudis et curaudis morbis (*Usus Doctrinae Medicoe*, 1709, t. V).
- CHAUFFARD. — *Archives génér. de Médecine*, juin 1863.
- COSTEDOAT. — Début à forme péritonéale de la maladie rhumatismale (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 novembre 1929).
- DORY. — Rhumatisme articulaire aigu et appareil digestif (*Thèse*, Paris, 1925).
- ETIENNE et GENBAUT. — L'infection rhumatismale (*Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} février 1930).
- GREVET. — Recherche sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu (*Réunion médicale de la VI^e Armée*, 28 octobre 1915).
- Remarques cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu (*Monde Médical*, 1^{er} février 1920).

- Symptômes digestifs et formes anormales du rhumatisme articulaire aigu (*Progrès Médical*, 21 mars 1925).
- Les formes cliniques de la maladie rhumatismale (*Monde Médical*, 1^{er} octobre 1930).
- GREVET et DELALANDE. — Deux cas de rhumatisme articulaire aigu à forme digestive (*Société de Pédiatrie*, 5 avril 1927).
- HUXHAM. — *Ve oeve et morbis epidemicis*, 1730, t. 2.
- LAMBIN. — Le rhumatisme aigu des voies digestives (*Thèse*, Paris, 1880).
- LESNÉ et LAUNAY. — Rhumatisme articulaire aigu à forme péritonéale (*Société de Pédiatrie*, 21 janvier 1930).
- NOBÉCOURT. — *Leçon clinique à l'amphithéâtre de l'Hôpital des Enfants Malades*, le 8 février 1931.
- PILOD et MEERSMAN. — *Bulletin de la Société de Médecine militaire*, 14 janvier 1928.
- STOLL. — *Ratis medendi : Médecine pratique*, traduction de Mahon (Paris, 1809).
- SKŁODOWSKI. — Cas larvés d'infection rhumatismale (*Annales de Médecine*, décembre 1926).
- TRICOT. — Pseudo-appendicite au cours d'un rhumatisme articulaire aigu (*Gazette des Hôpitaux*, 1908).
- TROUSSEAU. — *Cliniques*, 4^e édit., t. III, 1873.
- WORMS. — Syndromes péritonéaux au début ou au cours du rhumatisme articulaire aigu (*Société Nationale de Chirurgie*).
-

55